Nr 23. Kraków, 15. czerwca 1918. Rok LVII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 40 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Komisya redakcyjna: Przewodniczący: Redaktor główny. Członkowie: prof. dr Krzyształowicz, prezes Tow. lek. krak.; Dr W. Damski, wiceprezes Tow. lek krak. dr A. Akerman, skarbnik Tow. lek., dr B. Wojciechowski, podskarbi komisyi; dr Blassberg, prof. dr Browicz, prof. dr K. W. Majewski, prof. dr Rutkowski.

Przewodniczący Podkomisyi redakcyjnej w Łodzi Dr S. Sterling (Piotrkowska 111).

JODLYSIN LAOKOON

połączenie jodu z peptonem w płynie
1 ccm = 20 kropel = 004 jodu

nie rozszczepia się w przewodzie pokarmowym, lecz dopiero w tkankach, wskutek czego nie sprawia zaburzeń w przewodzie pokarmowym.

Jodlysin według badań **Prof. Dr Bądzyńskiego jest identycznym** preparatem z Jodone Robin.

Wskazania: Astma, choroby mięśnia sercowego, zapalenie stawów chron., zapalenie nerek chron. (nephr. interstit.), otyłość, marskość wątroby, kiła drugo- i trzeciorzędna, reumatyzm, objawy poluet. degenerat. systemu nerwowego, zaburzenia funkcyi gruczołów wewnętrznego wydzielania, zwapnienie żył.

PEPTOFERLYSIN LAOKOON

Organiczne połączenie żelaza w postaci stężonego rozczynu, który w małej objętości zawiera wielką ilość odżywczej substancyi żelazistej.
1 ccm = 20 kropel = 001 Fe

Peptoferlysin jest preparatem identycznym z Peptonate de Fer Robin, zawiera jednak 5 razy większą ilość żelaza od ostatniego.

Wskazania: Blednica, niedokrewność, cierpienia maciczne, nerwowość, ogólne osłabienie, rekonwalescencya

SPERMIN LAOKOON

essencya i injekcye.

Preparaty identyczne z Spermin Poehl.

Wskazania: Alkoholizm, zwapnienie żył, zapalenie stawów zniekształcające, blednica, drgawki porodowe, choroby serca, histerya, influenca, podagra, spadek sił przed i po operacyach, zapalenie płuc, uwiąd starczy, neuralgia, neurastenia, zapalenie nerek, psoriasis, choroba angielska, reumatyzm przewlekły, róża, skorbut, kiła, tabes i inne schorzenia stosu pacierzowego, gruźlica, tyfus, chroniczne i ostre zatrucia, impotencya.

MAMMID LAOKOON

pastylki à 0·3 i injekcye.

Wskazania: Włókniaki i krwotoki macicy, dolegliwe miesiączkowanie, zapalenie błony śluzowej macicy.

Fabryka chemiczna LAOKOON, Lwów.

Prospekty i wzory darmo i opłatnie. 217

NORMALNE WODY MINERALNE

WEDŁUG PRZEPISU

PROF. DRA W. JAWORSKIEGO W KRAKOWIE.

(NAUKA O CHOROBACH WEWNĘTRZNYCH TOM III. PROF. W. JAWORSKI).

WYRABIA RZĄDOWA UPRAWNIONA FABRYKA 201

K. RZĄCY i CHMURSKIEGO w KRAKOWIE, ul. św. Gertrudy L. 4. (Telefon Nr 227).

Normalne wody mineralne z przepisu Prof. Dr W. Jaworskiego.

Nr	Woda lecznicza	flaszka	h.	Nr	Woda lecznicza	flaszka	h.	Nr	Woda lecznicza	flaszka	h.
I	Normalna	$^3/_4$ l.	1·—	XII	Jodowa słabsza . .	$^3/_4$ l.	1·10	XXIII	Różowa mocniejsza	$^3/_4$ l.	1·20
II	Alkaliczna słabsza .	» l.	95	XIII	» mocniejsza .	$^1/_2$ l.	1·10	XXIV	Ziemna słabsza . .	» l.	1·10
III	» mocna .	» l.	1·—	XIV	Bromowa słabsza .	$^3/_4$ l.	1·05	XXV	» mocniejsza .	» l.	1·20
IV	Słona słabsza . . .	» l.	1·—	XV	» mocna . .	$^1/_2$ l.	1·10	XXVI	Magnezowa różowa	» l.	1·10
V	» mocniejsza .	» l.	1·05	XVI	Żelazista	$^3/_4$ l.	1·05	XXVII	Niesłona	$^1/_1$ l.	95
VI	Alkaliczno-słona . .	» l.	95	XVII	Arsenawa	$^1/_2$ l.	1·10	XXVIII	Radowa czysta . .	$^3/_4$ l.	—
VII	Glauberska mocna .	» l.	1·05	XVIII	Arseno-żelazista . .	$^1/_2$ l.	1·10	XXIX	» alkaliczna .	» l.	—
VIII	» słabsza .	» l.	95	XIX	Dyetetyczna	$^3/_4$ l.	1·—	XXX	» glauberska	» l.	—
IX	Magnowa	» l.	1·10	XX	Kwaskowata . . .	$^1/_2$ l.	95	XXXI	» litowa . .	» l.	—
X	Wapniowa	» l.	1·10	XXI	Stołowa normalna .	$^3/_4$ l.	95				
XI	Litowa	» l.	1·10	XXII	Różowa słabsza . .	» l.	1·05				

UWAGA: Dla odróżnienia, godłem wód normalnych jest na etykietach rysunek **ryby** ze strzałką. Dla uniknięcia pomyłek z wodami naśladowanemi, uprasza się do nazwy szczegółowej wody dodawać wyraz »**normalna**« i numer. — Broszury podające skład i terapeutyczne stosowanie wód normalnych przesyłamy na żądanie franco

Rok LVII. Kraków, 15. czerwca 1918 Nr. 23

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału urologiczno-chirurgicznego c. i k. szpitala garnizonowego Nr. 15 w Krakowie.

Prawdziwe uchyłki pęcherza moczowego i ich chirurgiczne leczenie

Podał

Dr Tadeusz Pisarski

c. k. lekarz pułkowy, kierownik oddziału.

Pojęcie prawdziwego uchyłka pęcherza, czy jako wady rozwojowej, czy też jako sprawy nabytej, ustaliło się z biegiem czasu, kiedy większa liczba tych naogół bardzo rzadkich przypadków dostarczyła materyału do dokładnego klinicznego i anatomicznego wyodrębnienia tej sprawy. Za kryterium dla rozpoznania prawdziwego uchyłka pęcherza uważa się obecność wszystkich warstw tkanek, właściwych ścianie pęcherza, w ścianie uchyłka, a przedewszystkiem obecność warstwy mięsnej. Englisch wymaga jeszcze, ażeby ułożenie włókien mięsnych w ścianie prawdziwego uchyłka odpowiadało anatomicznemu położeniu okolicy. Wypuklenie ściany pęcherza moczowego i wytworzenie się jamy, leżącej obok pęcherza i pozostającej z nim w łączności zapomocą większego lub mniejszego otworu, było zjawiskiem dawno już zauważonem; Englisch wspomina, że już Heister, Morgagni, Walthers, Cruveilhier, Chopart, mieli sposobność spostrzegać takie wypuklenia ściany pęcherza i nadawali im różne nazwy: diverticulum, saccus, hernia vesicae, hernia tunicaire de la vessie, vesica bipartita, vesicae accessoriae, cystocele interna, vesica supernumeraria. Wszystkie te nazwy mówiły tylko, że się ma do czynienia z wypukleniem ściany pęcherza, komunikującem z jego wnętrzem, lecz o dokładnej budowie ściany lub o sposobie powstania nic nie mówiły. Nic w tem dziwnego, jeżeli się uwzględni, że wobec niedokładnych — w stosunku do dzisiejszych — metod badania i rozpoznawania sprawa ta rzadko była spotykana, a rzecz komplikowała jeszcze i ta okoliczność, że pod względem stosunków anatomicznych i sposobu powstawania przedstawiają uchyłki pęcherza dużą niejednolitość.

Przedewszystkiem należy od pojęcia uchyłka w ogólności, odłączyć wady rozwojowe pęcherza moczowego, opisywane w podręcznikach anatomii patologicznej pod nazwami: »vesica bipartita« i »vesica bilocularis«. Pierwsza z nich polega na obecności dwu całkiem od siebie oddzielonych połówek pęcherza, leżących obok siebie, posiadających każda po jednym moczowodzie i uchodzących do osobnych cewek; druga charakteryzuje się obecnością prostopadłej przegrody, dzielącej pęcherz na dwie połowy i sięgającej czasem aż do cewki moczowej. Obie te formy tłumaczy Klebs wadliwem zachowaniem się omoczni (allantois), z której właściwy pęcherz powstaje. Nowsze jednak badania (Reichel, Pagenstecher) dowiodły, że omocznia nie może brać udziału w powstawaniu tych wad, gdyż dotyczą one także trójkąta Lieutauda, szyi pęcherza i cewki moczowej, części, w których rozwoju omocznia żadnego udziału nie bierze. Klebs wspomina także o poprzecznej przegrodzie, dzielącej pęcherz na górną i dolną połowę i tłumaczy to zjawisko wadliwym procesem zanikania moczownika (urachus), z którego, jak wiadomo, tworzy się szczyt pęcherza. Pagenstecher na podstawie własnego doświadczenia, jakoteż przypadków opisanych przez Fullera i Müllera, wyklucza udział moczownika w wytwarzaniu się tego zboczenia a przyjmuje nierównomierny rozwój części pęcherza górnej i dolnej, t. j. tego, co nazywamy trójkątem Lieutauda i szyją, twierdząc, że jest przytem rzeczą obojętną, czy moczowody uchodzą powyżej, czy poniżej poprzecznej przegrody.

Prawdziwe uchyłki pęcherza moczowego należą do spraw patologicznych rzadkich. Dotychczas ogłoszonych można naliczyć około ośmdziesięciu. Spotyka się je prawie wyłącznie u mężczyzn; uchyłki prawdziwe u kobiet są wielką rzadkością.

Ze stanowiska anatomii należy podzielić uchyłki pęcherza moczowego w ogólności na dwie grupy: uchyłki prawdziwe i wrzekome. Przez uchyłki prawdziwe należy rozumieć tylko takie wypuklenia ściany pęcherza, w których biorą udział wszystkie warstwy pęcherza, z wyłączeniem jednak wad rozwojowych, polegających na obecności przegrody wewnątrz pęcherza, o których powyżej była mowa. Uchyłkami wrzekomymi zaś nazwiemy te twory, których ścianę stanowi tylko błona śluzowa, wypuklająca się pomiędzy beleczkami mięsnemi w następstwie patologicznie wzmożonego parcia śródpęcherzowego, jakie powstaje w przebiegu mechanicznych przeszkód w odpływie moczu w dolnych drogach moczowych, n. p. przy przeroście sterczu lub zwężeniu cewki moczowej, lub przy sprawach ośrodkowych, gdzie warstwa mięsna pęcherza ulega porażeniu, n. p. w wiądzie rdzenia. Orth rozszerza pojęcie uchyłka wrzekomego także i na jamy, komunikujące z pęcherzem, a powstałe w następstwie przebicia ropni z tkanki okołopęcherzowej do pęcherza. Jamy takie łączą się z pęcherzem za pomocą małego otworu, a ściana ich utworzona jest z bliznowatej tkanki łącznej.

O ile uchyłki pęcherza wrzekome występują nieregularnie w różnych okolicach pęcherza, to co do siedziby uchyłków prawdziwych wykazać się daje pewien typ, prawie stale się powtarzający. I tak Englisch stwierdza na dużym materyale, że uchyłki prawdziwe spotyka się najczęściej w trzech okolicach pęcherza: 1) na bocznej ścianie pęcherza koło ujścia moczowodów, 2) powyżej więzadła międzymoczowodowego (ligamentum interuretericum) na dnie pęcherza, 3) lub na wierzchołku pęcherza, tam gdzie się kończy płodowy moczownik.

Połączenie uchyłka z pęcherzem przedstawia się jako otwór okrągły lub owalny, rozmaitej szerokości, wynoszącej jeden do kilku centymetrów (10 cm Englisch), przyczem wielkość uchyłka nie odpowiada szerokości otworu; mały uchyłek może posiadać szeroki otwór i na odwrót. Jeżeli otwór jest mały lub średni, nierzadko daje się widzieć promieniste ułożenie fałdów błony śluzowej w jego otoczeniu.

Czerny, Pagenstecher, Zachrisson, van Dam, spostrzegali po otwarciu pęcherza podczas operacyi, że przy wprowadzeniu palca przez otwór komunikacyjny do uchyłka otwór ten kurczył się i zaciskał palec, jak prawdziwy zwieracz. W przypadku opisanym przez Israela połączenie uchyłka z pęcherzem przedstawiało się, jak szyja pęcherza. Zjawisko kurczenia się otworu, łączącego uchyłek z pęcherzem, spostrzegał również w cystoskopie Cholzoff i Perthes; przy skurczeniu się mięśni przedstawiał się otwór, jako mały, czarny punkt, gdy mięśnie się rozkurczyły i otwór się rozszerzył, widać było w głębi czerwoną błonę śluzową uchyłka. O zwieraczu w znaczeniu anatomicznem i fizyologicznem mówić w tych przypadkach nie można, a tłumaczyć to należy tylko kurczliwością mięśni, oddziałujących na podnietę mechaniczną, które przez swoje ułożenie naokoło okrągłego otworu sprawiają wrażenie zwieracza. Takie kurczenie się mięśni pęcherza widzieć często można podczas cystoskopii w pęcherzu beleczkowatym; po wprowadzeniu cystoskopu widać tylko silne

beleczki leżące obok siebie, gdy skurcz wywołany wprowadzeniem cystoskopu minie, widać także i drobne wrzekome uchyłki pomiędzy beleczkami. Zjawisko to spostrzegałem także wielokrotnie i w prawidłowym pęcherzu; w pierwszej chwili po założeniu cystoskopu sprawia pęcherz wrażenie pęcherza beleczkowatego wskutek skurczu mięśni; gdy skurcz minie, wygładza się w zupełności ściana pęcherza.

Prawdziwe uchyłki pęcherza występują najczęściej pojedynczo; lewa połowa pęcherza jest wedle Englischa szczególnie usposobiona; lecz i mnogość uchyłków nie jest zbyt rzadka, a dotyczy najczęściej bocznych ścian pęcherza.

Kształt uchyłków prawdziwych zbliża się zwykle do kształtu odcinka kuli, przyczem odcinek ten bywa mniejszy lub większy, często zaś bywa uchyłek całkiem kulisty; zdarza się, iż w pewnem miejscu wychodzi od ściany uchyłka odnoga, wtórne wypuklenie, jak n. p. w przypadku, opisanym przez van Dama, w którym taka odnoga uchodziła do kanału pachwinowego; van Dam nazywa to «diverticulocele«. Uchyłki na szczycie pęcherza bywają podługowate.

Wielkość uchyłków bywa bardzo różna, od małych, wielkości orzecha laskowego, do ogromnych worków, wielkości orzecha kokosowego (Guyon) lub nawet głowy dorosłego człowieka. W przypadkach takich przedstawia się właściwy pęcherz jako mały wisiorek przy uchyłku; tej wielkości uchyłki bywają jednak rzadko opisywane, a zazwyczaj wielkość uchyłka nie przekracza wielkości pęcherza moczowego.

Grubość ściany uchyłka prawdziwego bywa często taka, jak ściany pęcherza, zazwyczaj jednak nieco cieńsza. Wewnętrzna powierzchnia bywa zupełnie gładka; przy silniejszym jednak przeroście warstwy mięsnej może się i w uchyłku napotkać na beleczkowanie. W przypadkach dużego rozdęcia uchyłka znajdowano ścianę jego cienką jak papier, mikroskopowo jednak stwierdzano zawsze obecność błony śluzowej i warstwy mięsnej.

Zależnie od wielkości, kształtu i siedziby, różny bywa stosunek uchyłków do otrzewnej i narządów miednicy małej. Otrzewna może częściowo lub całkowicie pokrywać uchyłek, przyczem połączenie jej z zewnętrzną powierzchnią uchyłka może być wiotkie lub ściślejsze. Uchyłek dotykać może odbytnicy, ściany miednicy, nasieniowodu, pęcherzyków nasiennych i samego pęcherza.

Bardzo wielkie znaczenie praktyczne ma stosunek uchyłka do moczowodu. Moczowód może uchodzić do uchyłka bezpośrednio, i to w różnych miejscach, od szczytu aż do najbliższego sąsiedztwa otworu łączącego; może on także, nie uchodząc wcale do uchyłka, stykać się z nim, przebiegając na dłuższej lub krótszej przestrzeni na jego powierzchni; może być wreszcie moczowód przez uchyłek uciskanym, nie pozostając z nim zresztą w żadnej bezpośredniej łączności. Stosunek uchyłka do moczowodu może prowadzić do daleko sięgających zmian w górnych drogach moczowych, jak wodonercza i roponercza, i może znacznie wikłać zabieg chirurgiczny.

W przeciwieństwie do uchyłków wrzekomych, które zawsze są sprawą nabytą, mogą w powstawaniu uchyłków prawdziwych odgrywać rolę różne czynniki. Bardzo duża liczba tych uchyłków jest wedle zapatrywań wielu autorów sprawą wrodzoną. Za takie wrodzone uchyłki uważać należy uchyłki na szczycie pęcherza, gdzie u płodu zaczyna się moczownik, który wedle Englischa może z biegiem rozwoju spowodować osłabienie ściany i następowe wypuklenie. Również i uchyłki na bocznych ścianach pęcherza, w okolicy ujść moczowodów są najczęściej sprawą wrodzoną; za okolicznością, potwierdzającą takie zapatrywanie, uważają niektórzy symetryczne występowanie tych uchyłków po obu stronach pęcherza. Shichitaro Sugimura na podstawie bardzo dokładnego badania histologicznego ścian uchyłków pęcherza przyjmuje, że prawdziwe uchyłki na bocznej ścianie pęcherza powstawać mogą w trojaki sposób: 1) uchyłek może istnieć jako wrodzona wada; 2) albo też istnieje wrodzone osłabienie ściany pęcherza na pewnem miejscu, które pod wpływem wzmożonego ciśnienia wśródpęcherzowego, zjawiającego się w późnym wieku z powodu utrudnienia w oddawaniu moczu, wypukla się coraz bardziej i wytwarza wreszcie uchyłek; 3) albo wreszcie ściana pęcherza jest zupełnie prawidłowo zbudowana, lecz z powodu innych chorób, jak n. p. kamienia lub, co częściej, zwyrodnienia włóknistego mięśnia pęcherza, które zdarza się czasem w podeszłym wieku, ulega wypukleniu. Wielu autorów, jak Englisch, Wagner, Rauber, Henle, tłumaczą częstość występowania uchyłków prawdziwych na bocznych ścianach pęcherza, słabszą już prawidłowo budową ścian pęcherza w tem miejscu; bardzo często spotyka się w tych częściach pęcherza boczne wypuklenia (recessus lateralis), co możnaby uważać za uchyłek, pozostający jeszcze w granicach fizyologicznych. Englisch spostrzegał u noworodków liczne przeszkody w odpływie moczu w dolnych drogach moczowych, które, jeżeli się utrzymują, to powodują wypuklanie ściany pęcherza w tych właśnie z natury słabszych miejscach; jeżeli przeszkody te po porodzie dalej się utrzymują, to są powodem dalszego wypuklania się tych miejsc; jeżeli zaś z biegiem czasu ustąpią, to pozostawiają w tych miejscach obok rozdęcia osłabienie ściany pęcherza.

Co do uchyłków prawdziwych, położonych na dnie pęcherza powyżej więzadła międzymoczowodowego poza trójkątem pęcherzowym (regio posttrigonalis), przyjmuje Englisch, iż w późniejszym wieku, kiedy następuje przerost sterczu, występuje zjawisko, polegające na rozluźnieniu związku pomiędzy więzadłem międzymoczowodowem a jego mięsną podstawą i to właśnie ma sprzyjać wypuklaniu się ściany dna pęcherza; uchyłki takie komunikują z pęcherzem szeroko. Dlaczego jednak to rozluźnienie związku pomiędzy więzadłem międzymoczowodowem a jego podstawą ma powodować powstawanie uchyłków, tego Englisch nie tłumaczy. Sugimura spostrzegał również na preparatach anatomicznych owo rozluźnienie związku pomiędzy więzadłem międzymoczowodowem a podłożem, lecz równoczesnego patologicznego wypuklenia ściany pęcherza nie spostrzegał. Wedle niego w powstawaniu tych uchyłków odgrywa rolę albo wrodzone albo nabyte osłabienie warstwy mięsnej. Badania jego dowiodły, że po 50. roku życia zdarza się patologiczne bujanie tkanki łącznej międzymięśniowej, która tak dalece może się rozróść, że włókna mięsne z czasem zanikają i bywają zastąpione przez wybujałe elastyczne włókna tkanki łącznej; sprawa ta często towarzyszy miażdżycy tętnic, stoi z nią, wedle niego, w ścisłym związku i w tej sprawie upatruje Sugimura czynnik, sprzyjający wytwarzaniu się wypuklenia ściany pęcherza. Casper spostrzegał podobne zmiany w pęcherzu ludzi starszych, lecz sprawy tej nie odnosi do miażdżycy tętnic, gdyż ani razu na dwadzieścia osiem badanych pęcherzy nie znajdował równoczesnych zmian miażdżycowych w naczyniach.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Ze szpitala powszechnego w Jarosławiu.

O przeszczepianiu zdwojonego płatu kostno-okostnego.

Podał

Dr Bolesław Lecewicz,

b. kierownik Szpitala powsz. w Jarosławiu, obecnie w Brzeżanach.

Odmienne nieco traktowanie sposobu przeszczepienia płatu kostno-okostnego i uzyskany wynik usprawiedliwiają ogłoszenie niniejszego przypadku.

Aniela D. lat 20 licząca, przed kilkoma laty złamała goleń prawą z przebiciem części miękkich przez kość. Około roku znajdowała się w domu bez opieki lekarskiej. Zgłosiła się później do szpitala, gdzie, jak opowiada, usunięto zgrubienia na kości w miejscach pierwotnego złamania. Rana po operacyi dłuższy czas ropiała. Po zgojeniu się rany założono opatrunek gipsowy. W chwili objęcia chorej w opiekę stwierdzono skrócenie kończyny dolnej prawej, względnie goleni o 6 cm w porównaniu z golenią lewą. W $^1/_4$ dolnej goleni prawej stwierdzono nieprawidłową ruchomość obydwu kości. Części miękkie goleni ułożone były w fałd, zwieszający się i dotykający do grzbietu stopy. Stopa była przesunięta ku tyłowi, podobnie jak przy zwichnięciu stopy ku tyłowi.

Stan ogólny chorej był dobry, w narządach wewnętrznych nie stwierdzono żadnych zmian chorobowych.

W styczniu b. r. dokonano przeszczepienia płatu kostno-okostnego z kości strzałkowej lewej. Cięciem podłużnem nad grzebieniem kości piszczelowej (crista tibiae) odsłonięto końce tej kości i wydłutowano rowki w końcach. Po naciągnięciu na pętli dolnej części goleni, końce oddaliły się o 2 cm od siebie. Cięciem podłużnem w dolnej części goleni lewej odsłonięto kość strzałkową, a po odsunięciu mięśni wycięto wraz z okostną płat szerokości 0·5 cm, grubości 0·23 cm, długości zaś 4 cm. Uzyskany płat przecięto w połowie i złożono powierzchnią okostną

nazewnątrz. Płat wklinowano w przygotowane rowki kości piszczelowej. Brzegi ran zespojono katgutem, poczem założono opatrunki aseptyczne. Na stopę, goleń, do połowy uda prawego założono opatrunek gipsowy okrężny. Dalszy przebieg bezgorączkowy. Po dwu miesiącach zdjęto opatrunek gipsowy, rana była zgojona doraźnie, w miejscu zaś poprzedniego złamania stwierdzono trwały mocny zrost kości. Goleń prawa okazała się o 4 cm krótsza niż lewa, czyli uzyskano przedłużenie o 2 cm. Zdjęcia rentgenowskiego okoliczności nie pozwoliły dokonać.

Dobry wynik, jaki uzyskano, należy odnieść głównie do wszczepienia wielkiej powierzchni regeneracyjnej, co uzyskaliśmy przez zdwojenie płata.

Sprawozdanie Prezydenta Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej

Dr Jana Papée

za czas od 10. marca 1917 do 23. lutego 1918.

W roku ubiegłym czynności Izby w porównaniu z pierwszemi trzema latami wojny znacznie się zwiększyły. Mogliśmy się oddać ciągłej i spokojniejszej pracy dzięki temu, że stosunki wojenne w tej części kraju, bezpośrednio na skutki wojny narażonej, jako tako w roku 1917 się uspokoiły. Wskutek tego Wydział Izby, uwolniony od ustawicznych trosk, połączonych w roku 1916 z grożącą ewakuacyą i związanych z tem czynności, mógł poświęcać więcej czasu sprawom ogólniejszym. Przyrost czynności spowodował powrót wielu lekarzy do miejsca swego pobytu i okoliczność, że część kraju dotychczas zajęta, została ponownie z nami połączona. Rozumie się, że nie jest to jeszcze ten szerszy zakres i stan agend, jakiegobyśmy sobie życzyli i że wiele jest jeszcze spraw, o których wspomniałem w sprawozdaniu zeszłorocznem, a na których poruszenie lub załatwienie musimy oczekiwać aż do powrotu stosunków normalnych. Tem więcej, że większość ich da się załatwić tylko przy współdziałaniu wszystkich Izb lekarskich, które obecnie jest bardzo utrudnione.

I. Jak wiadomo w roku 1916 uzyskaliśmy wspólną akcyą z reprezentacyami innych wolnych zawodów z wykształceniem akademickiem pożyczki kredytowe dla lekarzy w Galicyjskim wojennym Zakładzie kredytowym na pokrycie szkód faktycznie poniesionych i w Miejskim Galicyjskim Zakładzie kredytowym wojennym na pokrycie t. z. szkód pośrednich. Wnioski kredytowe dla tych Zakładów Wydział Izby po stwierdzeniu szkód faktycznych przez Władze polityczne I instancyi opiniuje i przedkłada odnośnym Władzom. Takich wniosków zaopiniowaliśmy do tej pory 60 dla Galicyjskiego wojennego Zakładu kredytowego i 30 dla Galicyjskiego Miejskiego wojennego Zakładu kredytowego. Kredyty otrzymane przez lekarzy w pierwszym z tych zakładów, wynoszą po 5.000 koron i 10.000 koron przy zabezpieczeniu hipotecznem, w drugim 4.000 kor. i 8.000 kor. Ponieważ kwoty te wydają się nam przy obecnych stosunkach i uwzględnieniu strat poniesionych za niskie, wniosła Izba nasza po porozumieniu się z Izbami adwokatów, notaryuszy i inżynierów obszernie umotywowany memoryał do Ministerstwa spraw wewnętrznych, w którym żądamy podwyższenia kredytów do podwójnej wysokości t. j. 10.000 i 20.000 koron, względnie 8.000 i 16.000 koron. Oprócz tego zażądaliśmy przyznania lekarzom udogodnień w oprocentowaniu pożyczek, przyznanych właścicielom większych posiadłości. Dla tych ostatnich oprocentowanie zaczyna się dopiero w 5 lat po ukończeniu wojny; pożyczki dla lekarzy oprocentowują się z dniem otrzymania pożyczki. W memoryale wspomnianym żądamy sposobu oprocentowania, przysługującego właścicielom większych posiadłości. Akcya ta podjęta przez nas, adwokatów, inżynierów i notaryuszy i przez każdą z tych reprezentacyi do odnośnego Ministerstwa wniesiona, ma widoki powodzenia, a o jej poparcie zwracaliśmy się także do Ministra dla Galicyi i Koła Polskiego. Oprócz tego wielu lekarzy wnosi prośby o bezzwrotne zapomogi do Centrali dla odbudowy kraju przez c. k. Namiestnictwo, które Wydział Izby również opiniuje. Co do odszkodowania bezpośredniego, nie we

formie pożyczki udzielonego, zniszczonych wojną członków naszego zawodu, to jak wiadomo w tym kierunku nie uczyniły jeszcze odnośne czynniki nic dla żadnego zawodu, a tem samem i dla lekarzy.

(Dokończenie nastąpi).

Wiadomości bieżące.

Zjazd chirurgów polskich. Po porozumieniu się z kolegami postanowiliśmy jeszcze i w tym roku nie zwołać Zjazdu chirurgów polskich ze względu na utrudnioną komunikacyę.

L. Rydygier, dożywotny prezes Zjazdów chirurgów polskich.

Kraków. Izba lekarska zachodnio-galicyjska zawiadamia, że nadszedł spirytus do palenia dla lekarzy miasta Krakowa i powiatów krakowskiego, podgórskiego, wielickiego i bocheńskiego. Skład znajduje się u firmy Reim i Ska, która wydawać będzie spirytus za asygnatami Izby lekarskiej.

— Dyplom doktorski wszech nauk lekarskich uzyskali pp. Abraham Aron Lefeld rodem z Warszawy, Józef Zwierz z Borówka w Królestwie polskiem.

— Krajowa komisya zwalczania gruźlicy organizuje odczyty popularne o zwalczaniu gruźlicy. Jako delegat komisyi wygłosił z końcem maja odczyty w Borysławiu i Drohobyczu Dr A. Kuczewski z Zakopanego.

Warszawa. Z powodu utworzenia Ministerstwa zdrowia pod kierunkiem lekarza przesłały Ministrowi Dr Chodźce pisma z życzeniami oprócz Wydziału lekarskiego krakowskiego także Wydział lekarski lwowski i warszaawski. (Gaz. lek. 22).

Zmarli: Dr Władysław Czyżewicz, emerytowany starszy lekarz powiatowy, wieloletni prezes Związku lekarzy rządowych w Galicyi i Jarosławskiego Oddziału Towarzystwa lekarzy galic., członek honorowy tegoż Oddziału, honorowy obywatel m. Rymanowa, w 69 r. ż. we Lwowie.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

L. 625/18 — Br. Kraków, dnia 29. maja 1918

KONKURS

Z dniem 1. lipca 1918 zostanie nadaną posada lekarza **Wspólnego Bractwa Górniczego** na kopalni węgla Gwarectwa węglowego „Brzeszcze“ w Brzeszczach pod Oświęcimiem.

Pobory lekarza ustalone są na około 12.000 K rocznie, oprócz mieszkania z opałem i światłem oraz ryczałtem na wyjazdy. Szczegółowe warunki przy umowie.

PP. Doktorów Wszech nauk lekarskich reflektujących na objęcie tej posady zaprasza się do wnoszenia nieostemplowanych podań przy dołączeniu:

1. dyplomu lekarskiego,
2. metryki chrztu, 246
3. życiorysu,
4. świadectwa z odbytej praktyki lekarskiej. w szczególności praktyki chirurgicznej i ginekologicznej

pod adresem: Wspólne Bractwo Górnicze w Krakowie, ul. św. Jana 13.

Ostatni termin do wniesienia podania upływa z dniem 15. czerwca 1918.

ZARZĄD
WSPÓLNEGO BRACTWA GÓRNICZEGO
W KRAKOWIE.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.